

全労連共済 御中

治療証明書

共済会名		加入者氏名	㊞
------	--	-------	---

被共済者氏名		加入者との続柄	
生年月日	年 月 日生	性別	男・女
傷病名			
ケガ治療の場合の受傷原因			
共済事由発生日	年 月 日 (午前・午後 時 分頃)		
入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		
通院期間	年 月 日から 年 月 日まで		
実通院日	/ . / . / . / . / . / . / . / . / . /		
就業不能期間	年 月 日から 年 月 日まで		
病院名		診察券番号	No.
病院所在地		電話番号	

※就業不能期間とは、就業・就学・家事労働が不能又は安静加療を要すると医師が認めた期間です。

上記のとおり共済事由のあったことを証明します。

年 月 日 共済会名

代表者氏名

㊞

※共済金請求額が5万円以下の場合、この証明書で診断書に代えることができます。
必ず、病院などの領収書（コピー可）を、この証明書に添付してください。

加入者の皆様の個人情報は、法令等により開示が必要な場合を除き共済業務遂行の目的以外には利用いたしません。